



10<sup>ème</sup> PRINTEMPS DES EHPAD

**AMC - Rhône**

Association  
de Médecins  
Coordonnateurs  
du Rhône

**Démence et troubles du comportement en EHPAD**

**Vendredi 15 avril 2022**

# PATHOLOGIES NEURODÉGÉNÉRATIVES

## QUOI DE NEUF POUR LE GÉRIATRE EN 2022 ?

DR N MICHEL-LAAENGH  
SERVICE DE GÉRIATRIE CROIX ROUSSE -DUGOUJON

**HCL**  
HOSPICES CIVILS  
DE LYON

L'INSTITUT DU  
VIEILLISSEMENT

# QUELQUES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

2

Maladie d'Alzheimer 1<sup>ère</sup> cause de démence  
5<sup>ème</sup> cause de décès en France

**15% des 80 ans et +  
40% des 90 ans et +**

Age Facteur de risque principal      F > H

1,2 millions en France en 2022  
~ Doublement attendu pour 2050 (2,2 millions)

**Vieillessement  
Allongement de l'EV**

Doublement de la prévalence / 5 ans après 65 ans

Baisse de l'incidence observée depuis 30 ans  
? Prévention cardiovasculaire  
? Amélioration des niveaux de vie et éducatifs

Cout 30 milliards d'euros/an (participation importante patients et famille)



# MALADIE D'ALZHEIMER (MA) ET MALADIES APPARENTÉES (1)

- **DSM 5**  
« Démence » devient « **Troubles NeuroCognitifs (TNC) majeurs** »  
/ TNC légers sans répercussion sur l'indépendance au quotidien (IADL)
- **Maladie d'Alzheimer** la plus fréquente
- MA dans sa forme typique  
Syndrome amnésique, mémoire immédiate, mémoire épisodique, syndrome dyséxecutif  
Evolution progressive vers un tableau aphasie-apraxie-agnosie
- **Maladies apparentées**  
Neuro-encéphalopathies vasculaires (démence vasculaire)  
TNC mixtes, neurodégénérative et vasculaire  
Maladie à Corps de Lewy (MCL)  
Dégénérescence Lobaire Fronto-Temporale (DLFT)
- **Maladies incurables**

# MALADIE D'ALZHEIMER ET MALADIES APPARENTÉES (2)

- Diagnostic des TNC : **principalement clinique** et paraclinique (IRM)
- Imagerie pour diagnostic différentiel, et pour diagnostic étiologique (facteur de risque vasculaire)
- Anamnèse, données évolutives: besoin de temps pour établir le diagnostic
- Biomarqueurs spécifiques (PL ou Imageries fonctionnelles)
  - MA: protéine bêta amyloïde et protéine Tau
  - MCL: DAT scan
- Diagnostique étiologique: MA ou autres TNC
  - Correction de facteurs de risque (vasculaire)
  - Compréhension pour meilleure acceptation et prises en charge des symptômes

# ENCÉPHALOPATHIE VASCULAIRE

## 2ÈME CAUSE DE DÉMENCE

5

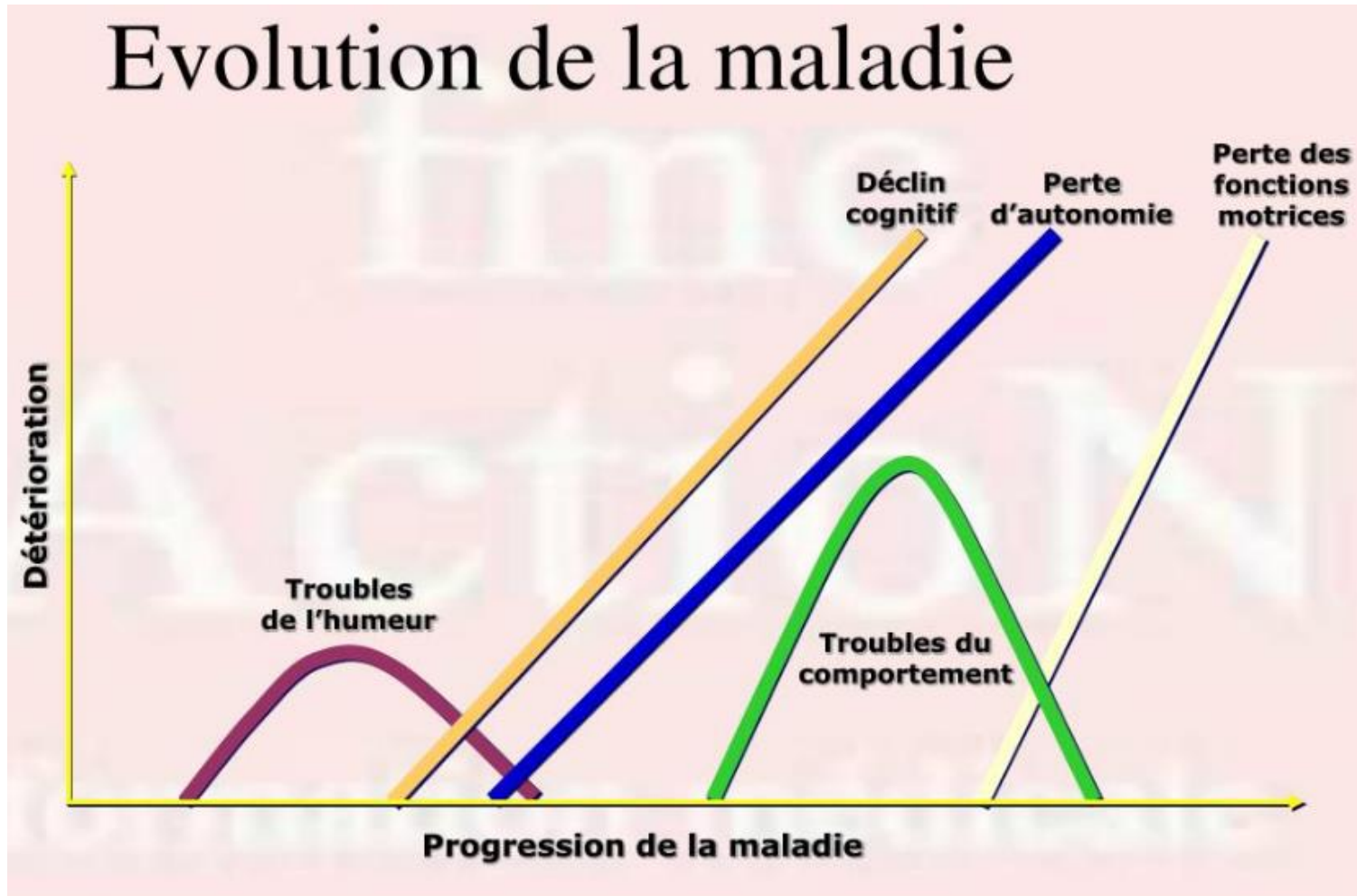
- Les troubles de la mémoire ne sont pas au premier plan
- Facteurs de risque vasculaire, HTA Diabète (prévention I et II)
- Modalités évolutives: progressive ou par à-coups (AVC)
- Profil psychocomportemental
  - Apathie, indifférence, désinvestissement, perte d'initiative
  - Agressivité, impulsivitéEn rupture avec l'état antérieur
- Modification « organique » qui échappe à la volonté  
Reconnaitre la maladie pour mieux la comprendre (aidants)
- Dépression associée

# MALADIE À CORPS DE LEWY

3<sup>ÈME</sup> CAUSE ET 20% DES DÉMENCES

- Les troubles de la mémoire ne sont pas au premier plan
- Fluctuations des capacités cognitives, de la vigilance
- Hallucinations, trouble du sommeil
- Syndrome extra pyramidal
- Hypotension orthostatique, Chutes
  
- Sensibilité aux neuroleptiques
- Traitements symptomatiques spécifiques
  
- Reconnaître la maladie, pour mieux la comprendre (aidant)

# EVOLUTION DE LA MA



Extrait de GAUTHIER, THAL et ROSSOR 1996

# PHYSIOPATHOLOGIE, RECHERCHE ET ENJEUX ÉTHIQUES (1)

- MA forme sporadique, la plus fréquente : maladie complexe
  - Facteurs génétiques
  - Facteurs environnementaux
- MA forme familiale très rare, déterminisme génétique (autosomique dominant)
- **Cascade amyloïde**: agrégation de protéine anormale dans le cerveau (protéine bêta amyloïde, puis protéine Tau) mort cellulaire, puis déclin cognitif
- Autres facteurs aggravants (inflammation, vasc ...) ou protecteurs (réserves cognitives)
- Maladie longtemps silencieuse (10 à 20 ans) « Maladie biologique » dont les signes cliniques seraient des complications tardives
- Bio marqueurs (LCR, imagerie fonctionnelle TEP):
  - Pas en routine, invasif ou onéreux
  - et degré d'incertitude, sur l'apparition de la maladie, **enjeu éthique**
  - **Recherche de biomarqueurs sanguins, perspective de traitement des phases précliniques**



# PHYSIOPATHOLOGIE, RECHERCHE ET ENJEUX ÉTHIQUES (2)

- **Proposition d'un nouveau modèle en 2021: Hypothèse probabiliste consortium Européen**

Hypothèse déterministe (amyloïde) n'explique pas tout

- Plaques amyloïdes n'est pas systématiquement associée à la survenue de symptômes cognitifs
- Résultats décevants des traitements « anti-amyloïdes »

- **Hypothèse probabiliste: 3 groupes de patients pour lesquels**

- la pertinence de l'hypothèse amyloïde décroît du 1<sup>er</sup> au 3<sup>ème</sup>,
- l'importance des facteurs stochastiques (environnementaux) augmente

1. Forme génétique, patients jeunes : Hypothèse Amyloïde prépondérante
2. Forme sporadique avec présence de gène à faible risque et de facteurs stochastiques
3. Forme sporadique de survenue tardive, âge moyen 80 ans, sans déterminisme génétique

# LE VIEILLISSEMENT COGNITIF

10

- Trouble mnésique observé avec l'avance en âge
  - Oubli noms propres, objets égarés
  - Parfois Intrication avec syndrome anxieux
- Lenteur de traitements des informations
- Troubles de concentration
- Difficultés exécutives

## Bilan d'une plainte mnésique

- Tests normaux: plainte sans TNC, TN subjectifs
- Anomalies aux tests, sans dépendance induite: TNC léger. (MCI : Mild Cognitive Impairment)
- Evolution non prévisible à ce stade

Intrication / majoration possible par trouble de l'humeur, déficit sensoriel

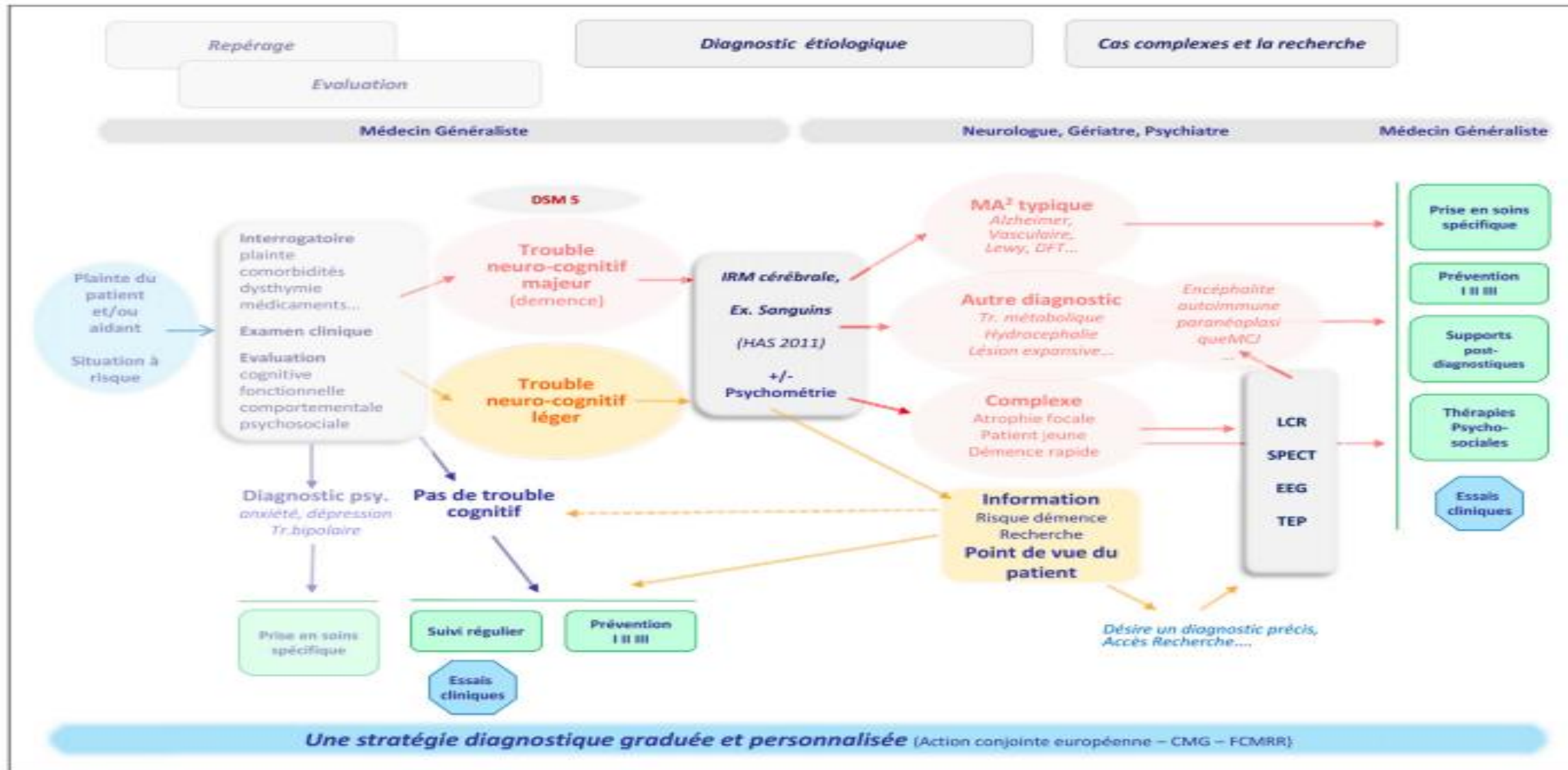
**Se méfier des conclusions diagnostiques trop hâtives**

**Importance du suivi dans le temps**

**Pas de répercussion sur  
la Vie quotidienne  
Autonomie préservée**

**Proposition d'un suivi  
en consultation  
mémoire**

# STRATÉGIE NATIONALE DE DIAGNOSTIC DES TNC



# BILAN NEUROPSYCHOLOGIQUE

## LES INDICATIONS: DIAGNOSTIC NOSOLOGIQUE

- **Mieux cerner le profil cognitif:** tests de dépistages peu parlants et/ou ne correspondant pas à l'anamnèse.
- **En début de maladie:** MMS > 25/30, pour connaître les déficits
- Importance pour la connaissance de la maladie par le patient et l'entourage  
**Plaintes cognitives avec tests de dépistages normaux**  
**Les plaintes cognitives atypiques:** langage, visuelle, comportement
- **Les non-indications:** le groupe des « trop »
  - Déments (<18-20)
  - Sourd, aveugle
  - Psychiatrique
  - Peu motivéLorsque la compréhension du trouble cognitif n'est pas une priorité

# DIAGNOSTIC PRÉCOCE, ANNONCE ... ET ACCOMPAGNEMENT

- Faire le diagnostic, ... précocement
  - Utile à la recherche : compréhension de la maladie et essai thérapeutique
  - Envisageable qu'avec des biomarqueurs de routine
  - Objectifs de prévention primaire et secondaire

Objectifs: autonomie anticipation du projet de vie, Directives Anticipées, Mesures de Protection Jurdique

Tenir compte de la demande du patient, de sa capacité psychique à entendre.

- Annonce : information, adaptée aux attentes et aux ressources psychiques, dans sa temporalité et son énoncé.
- Qui veut savoir?
  - Le Patient (souvent anosognosique ou dans le déni)
  - La Famille, secret médical ! dans quelle intention, quelle relation avec le patient ?

# PRÉVENTION PRIMAIRE SECONDAIRE TERTIAIRE

14

## FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX, MODIFIABLES (NON EXHAUSTIF)

### Facteurs de risque

- Sédentarité, obésité, diabète
- HTA, cardiopathie
- Tabagisme, alcoolisme  
(consommation modérée protectrice)
- Trauma crânien (boxe, foot)
- Pollution de l'air
- Faible niveau socioéducatif ...

### Facteurs protecteurs

- Activité physique
- Haut niveau socioéducatif
- Retraite tardive
- Activité de loisir, vie sociale développée
- Régime méditerranéen, vin rouge (1 verre/jour)

# LA PRÉVENTION

- Primaire avant les signes, sur la maladie biologique ou ... avant la maladie biologique
- Secondaire en début de maladie, ralentir
- Tertiaire pour prévenir les complications, dépendance, symptômes psychocomportementaux, répercussions somatiques
- **Programmes multidomaines:** cognitifs, hygiène de vie, diététique, activité physique
- Valables pour la prévention en santé ! (mentale, cancer, maladie cardiovasculaire)

# THÉRAPEUTIQUE

## Prédominance du care

- Médicament
  - Traitements cardiovasculaires
  - Renoncement aux traitements symptomatiques avec leur déremboursement
  - Traitement psychotrope
  - Traitement des pathologies intercurrentes, facteurs d'aggravation et parfois difficile à diagnostiquer
  - Pistes anticorps monoclonaux, vaccins ... la recherche
- Interventions non médicamenteuses (INM)
  - Stimulation cognitive, sociale, réminiscence, art-thérapie, APA ...
  - Place prépondérante aujourd'hui
  - Organisation de la recherche pour preuve scientifique nécessaire à leur développement (financement)



# EN PRATIQUE, EN GÉRIATRIE

- **TNC fréquemment non diagnostiqué**, banalisation sur l'âge (par patient, entourage, MT)  
Demande de consultation portée par la famille le + souvent
- Intérêt d'un **bilan diagnostic**, pour prévenir et pour accompagner l'évolution  
**Ne pas surmédicaliser**, mesurer l'impact psychique
- Difficulté diagnostique si **anxiété, dépression, surdité**  
**Freins à l'adhésion** du patient aux soins : anosognosie, déni, puis symptômes psychocomportementaux
- Entrée en dépendance, enjeux sur le projet de vie, complexité des histoires singulières,  
**Préservation d'une QDV**, de la **sécurité** en 2<sup>nd</sup> lieu
- **Aidants âgés** (conjoint ... ou enfant)

**Champs d'intervention du sanitaire et médico-social**  
**Forte mobilisation et implication des acteurs de terrain,**  
**Pas de valorisation des actes de soin**  
**Reconnaissance insuffisante**

# LE CHANTIER DES MND

MND: MALADIES NEURODÉGÉNÉRATIVES (MA, PARKINSON, SEP)

- 3 plans MND– 2004-2019
- Feuilles de route 21-22, 22-24 et leur missions
- 5 axes
  - Prévention
  - Repérage et Diagnostique
  - Traitement, soins, accompagnement
  - Innovation et recherche
  - Information, communication
- Réforme Grand Age et Autonomie

# POSITIONNEMENT DE LA COMMUNAUTÉ GÉRIATRIQUE EN PÉRIODE ÉLECTORALE

19

- Prévention dépistage
- Organisation des soins
- Attractivités des métiers
- Reconnaissance de la gériatrie
- Lutte contre l'âgisme
- Contestation de l'arrêté sur l'interdiction de conduire dès les 1ers signes
- Echelle de Reisberg en 7 stades (obsolète)
- Dès le Stade 3, TNC léger à modéré

SFGG, ASSOC MED CO, COLLÈGE, SYNDICATS DE G ET MF, LES JEUNES G, CNP DE G

## POUR CONCLURE

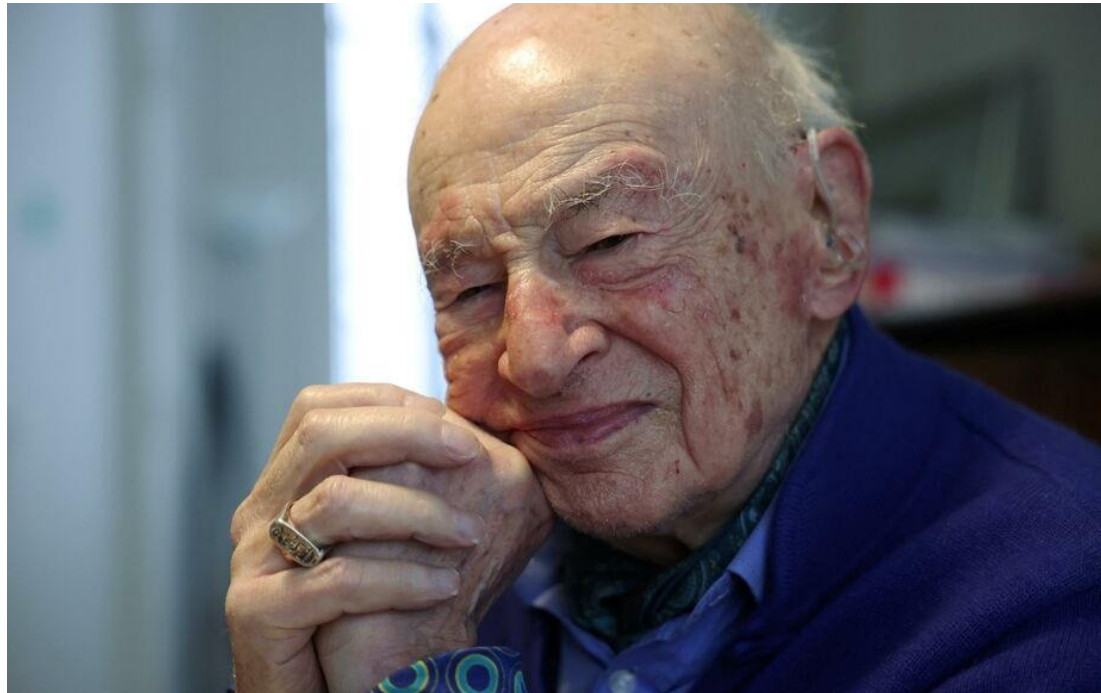
- Problème de santé publique majeur, projection vertigineuse
- Phase longue préclinique, propice à la recherche: suivi de cohorte pour meilleure compréhension et essais thérapeutiques.  
Biomarqueurs pour un diagnostic nosologique
- Enjeu éthique: intérêt d'un diagnostic préclinique de maladie incurable? degré d'incertitude même faible
- Motivation de la personne au centre des questions
- Croiser les points de vue : chercheurs neurologues, gériatres pour un juste soin proposé à l'individu

# POUR CONCLURE

Axes de prise en charge dont l'efficacité est prouvée

- Prévention à tous les stades de la maladie (I, II, III)
  - Contrôle des maladies cardiovasculaires
  - Mode de vie et facteurs environnementaux
  - Programme de prévention multidomaine: cognitif, activité physique, diététique.  
Efficaces pour santé mentale et physique
- Prévention d'entrée en dépendance, prévention de la iatropathogénie (médicaments, hospitalisation, évènement de santé intercurrent, chutes, confusion)
- Suivi évolutif et accompagnement aux différents stade de la maladie, du patient et des aidants (familiaux et professionnels)

MERCI



EDGAR MORIN

LEÇONS  
D'UN SIÈCLE  
DE VIE

DENOËL

[www.chu-lyon.fr](http://www.chu-lyon.fr)



**HCL**  
HOSPICES CIVILS  
DE LYON

L'INSTITUT DU  
VIEILLISSEMENT